



伊利诺伊州

伊利诺伊州老人局 (Illinois Department on Aging)

# 长期护理机构 居民权利

作为伊利诺伊州长期护理机构的居民，根据相关的权利、保护和州及联邦法律，您可以享有某些特权。

伊利诺伊州长期护理  
申诉专员计划

伊利诺伊州老人局 (Illinois Department on Aging), One Natural Resources Way, #100, Springfield, Illinois 62702-1271

长者服务热线电话: 1-800-252-8966, 1-888-206-1327 (TTY) 文本电话

- [www.illinois.gov/aging](http://www.illinois.gov/aging)

请在 [www.illinois.gov/aging](http://www.illinois.gov/aging) 的“新闻和出版物 (News and Publications)”项里下载此手册。

在计划的准入或就业待遇或活动方面，伊利诺伊州老人局不以其种族、肤色、宗教、性别、原籍、出身、年龄、保护令状况、婚姻状况、身体或精神残疾、军人身份、性取向、性别认同、怀孕或不利退伍等因素歧视任何个人。如果您认为自己受到了歧视，您有权向伊利诺伊州老人局投诉。有关更多信息，请致电长者服务热线电话：1-800-252-8966；1-888-206-1327（文本电话）。

IOCI22-0135(Mandarin) 普通话 . 8/21 . 1M . 伊利诺伊州政府授权印制。



# 您有权.....

## ◆ 得到安全和良好的护理

- ◆ 您所在的机构**必须**提供相关服务，以保障您的身体和精神健康，并让您感到满意。
- ◆ 您**不能**受到任何人的虐待——身体虐待、语言虐待、精神虐待、经济剥削或性虐待。

## ◆ 参与自己的护理决定

- ◆ 您所在的机构**必须**制定书面护理计划，说明其提供的所有服务。
- ◆ 您所在的机构**必须**做出合理安排，以满足您的需求和选择。
- ◆ 您有权利选择自己的医生。
- ◆ 您有权以您理解的语言获得关于您的医疗状况和治疗的所有信息。您也有权在提出要求后的**24小时**内查看您的医疗记录。
- ◆ 您有权制定一份健康护理的永久授权书、生前遗嘱、精神健康声明或放弃抢救书。

## ◆ 隐私

- ◆ 您的医疗和个人护理均为私密事宜。
- ◆ 机构工作人员在进入您的房间前**必须**敲门。
- ◆ 未经您的允许，您所在机构**不得**向任何未经授权的人提供有关您或您的护理的信息。
- ◆ 您有权进行私人探访，除非您的医生因医疗原因下令限制探访。

- ◆ 您有权私下拨打和接听电话。
- ◆ 如果您已婚，在可能的情况下，您和您的配偶有权共用一个房间。

## ◆ 资金管理

- ◆ 您有权管理自己的资金。
- ◆ 未经您的许可，您所在机构**不得**成为您的资金管理人，也不得成为您的社会保障金的代表收款人。
- ◆ 您可以在任何时候查看您的财务记录。机构**必须**至少每**3个月**向您提供一份分项报表。

## ◆ 合同信息

- ◆ **必须**向您提供一份合同，说明提供的服务以及费用。
- ◆ 您所在的机构**不得**要求其他人签署关于代您支付账单费用的协议，除非他们是法院指定的合法监护人。

## ◆ 有关联邦医疗补助(Medicaid) 和 医疗保险 (Medicare) 的信息

- ◆ 您有权申请联邦医疗补助或医疗保险来帮助支付您的护理费用。
- ◆ 您所在的机构**必须**向您提供关于如何申请医疗补助、医疗保险和配偶贫困 (Spousal Impoverishment) 补助的信息。
- ◆ 如果您享受联邦医疗补助，对于那些由该医疗补助计划支付的费用，机构**不得**强迫由您支付。

## ◆ 在机构住留

- ◆ 您有权继续在机构中居住。
- ◆ 如发生以下情况，您所在机构可强制您离开：
  - ...您未能及时支付账单费用，
  - ...您对自身或他人构成危险，
  - ...您的医疗状况之需求无法得到满足，或者
  - ...机构关闭。
- ◆ 如果您的机构要求您离开，**必须**给您一个书面通知。通知**必须**包括：
  - ...要求您搬离的原因，
  - ...提出上诉的方式，以及
  - ...一个贴好邮票的回邮信封，可邮寄给伊利诺伊州公共卫生部。
- ◆ 您有权在**10天**内就您的搬离提出上诉。请联系伊利诺伊州老人局，针对您的非自愿搬离通知，获得有关帮助。电话为**1-800-252-8966, 1-888-206-1327（文本电话）**。
- ◆ 在大多数情况下，如果您享受联邦医疗补助，在您离开医院后，**必须**允许您回到您所在的机构，即使机构已经向您发出书面的搬离通知。如果您住院超过**10天**，如果/当您所在机构有床位时，**必须**让您返回该机构。如果您是私人支付，该机构**必须以书面形式告知**您在住院期间必须采取的任何行动，以保留您的床位。
- ◆ 如果您的房间或室友有变化，您有权提前得到通知。

## 请记住，您不会因为住在长期护理机构而失去您作为伊利诺伊州和美国公民的权利。

- ◆ 您有投票权。
- ◆ 您有权参加不妨碍其他居民权利的社会和社区活动。
- ◆ 您有权与其他居民一起加入居民委员会。
- ◆ 您有权与长期护理申诉专员、社区组织、社会服务团体、法律倡导者和前来您所在机构的公众人士会面。
- ◆ 您有权提出申诉，并得到机构的及时回应。
- ◆ 您的机构**不得**因您主张自己的权利或提出申诉而以任何方式威胁或惩罚您。

如果本手册中介绍的权利在您的机构中没有得到实施，建议采取以下行动：

**1 确定问题。** 把问题写下来，这可能有助于明确到底发生了什么，为什么是错误的。何时发生的？（如有可能，给出时间和日期）谁参与或看到了这一事件？向可能参与或了解该问题的其他人询问。

**2 与工作人员交谈。** 若合适，与负责照顾您的工作人员谈论这个问题。了解该机构解决相关问题或疑虑的程序。如果这看起来不是一个好主意，或者如果您这样做后还不满意，可以考虑与机构管理员、管理员指定的人士、您的医生、护理主任、社会工作者或楼层护士交谈。

**3 加入居民委员会。** 居民委员会可以代表居民提出问题。

**4 寻求帮助。** 如果您或居民委员会需要帮助解决某个问题，您可以向伊利诺伊州长期护理申诉专员计划寻求帮助。针对那些对自己在长期护理机构中接受的护理有疑问、担忧或投诉的长者，该计划为其提供保密帮助。请致电：  
**伊利诺伊州老人局 (Illinois Department on Aging)**  
1-800-252-8966  
1-888-206-1327 ( TTY) 文本电话

如果发生的问题与一位发育障碍或精神疾病患者有关，您可以向Equip for Equality求助，这是一个由州长命名的非营利组织，无论残疾人士的年龄大小，在社区生活的各个方面为其提供保护和倡导。请致电：

**Equip for Equality**  
1-800-537-2632  
1-800-610-2779 (TTY) 文本电话

**5** 向中央投诉登记处 (Central Complaint Registry) 提出申诉。伊利诺伊州在州公共卫生部设有一个正式的中央投诉登记处。如果您认为您所在的机构侵犯了您或同住居民的权利，您可以对其提出投诉。伊利诺伊州公共卫生部将调查您的申诉。如果发现违规行为，将对该长期护理机构进行通报；并采取纠正措施。请致电：

**中央投诉登记处 (Central Complaint Registry)**  
1-800-252-4343  
1-800-547-0466 (TTY)



获取以下宣传册的副本：

- ◆ **支助性生活机构居住人员之居民权利 (Residents' Rights for Persons Residing in Supportive Living Facilities)**
- ◆ **发育障碍者中级护理机构居住人员之居民权利 (Residents' Rights for People in Intermediate Care Facilities for the Developmentally Disabled)**

请致电 **1-800-252-8966, 1-888-206-1327 (TTY)** 文本电话，或

请访问网站 **www.illinois.gov/aging** 中的链接

“新闻和出版物 (News and Publications) 。”